

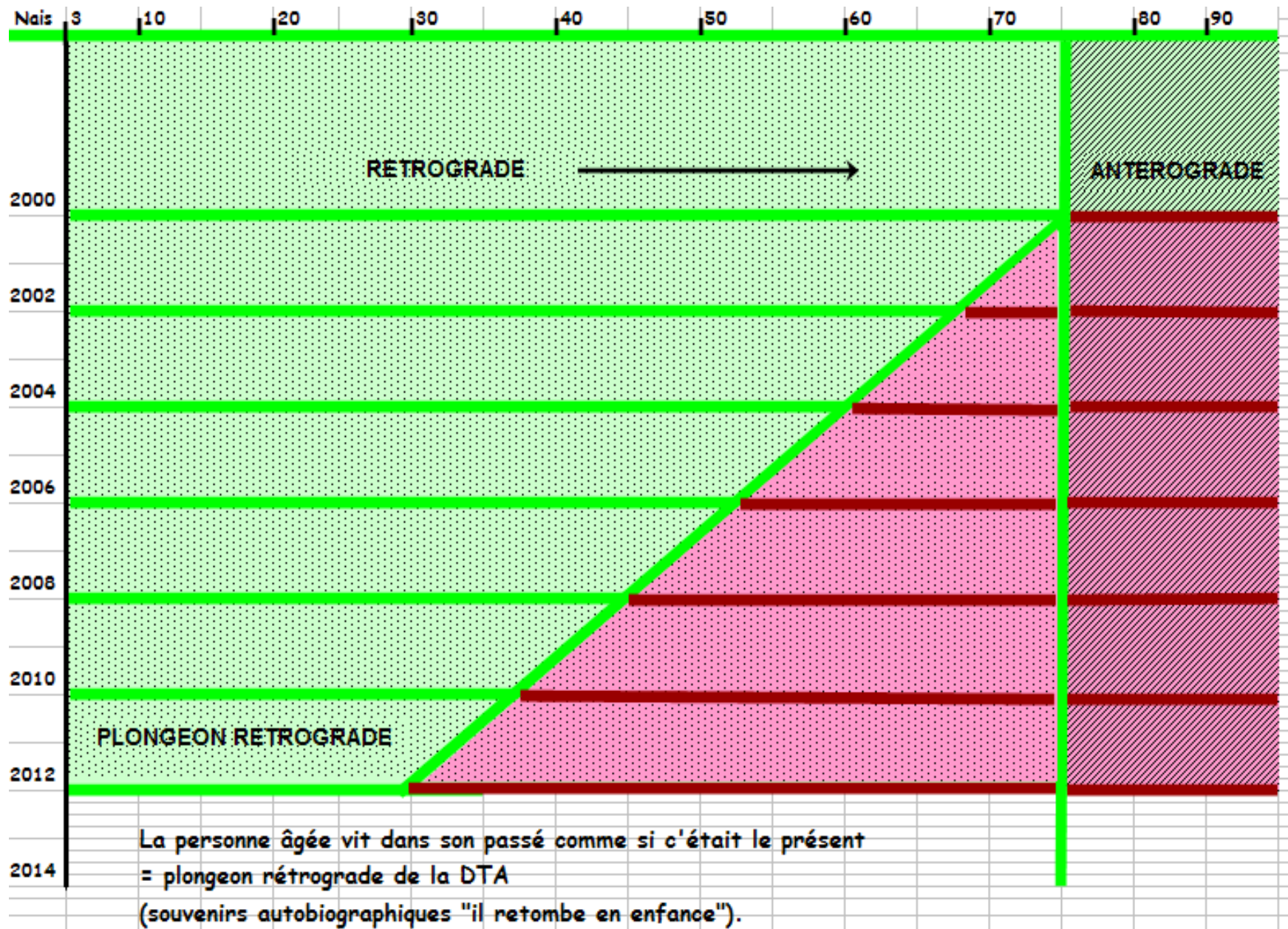
**STRATEGIE de DIVERSION
par REMINISCENCE
AUTOBIOGRAPHIQUE
pour prendre en charge les
REACTIONS CATASTROPHIQUES
lors des SOINS CRITIQUES
en cas de démence.**

DU PSYCHOGERIATRIE
Sainte-Anne, le 26/11/2011
Docteur Bénédicte COLLET

LE PLONGEON RETROGRADE

LES CAPACITES d' ATTENTION

- MA : préservation des souvenirs autobiographiques (éléments de la mémoire rétrograde) d' autant plus marquée :
 - Portant sur les étapes & événements marquants de la vie.
 - A charge émotionnelle importante (heureux & malheureux).
- Préservation seulement relative : avec l' évolution de la maladie, les performances de réminiscence s' altèrent avec une chronologie « anti - temporelle » et conduisent la personne à vivre dans son passé et à communiquer sur son passé comme s' il était le présent : plongeon rétrograde par réminiscence autobiographique.
- Amenuisement progressif des capacités d' attention divisée.
- Avec cependant, concentration sur un seul stimulus : possible.
- Surcharge émotionnelle, potentiellement génératrice de bouffées d' angoisse.



REACTION CATASTROPHIQUE

SOIN CRITIQUE

- REACTION CATASTROPHIQUE :
 - Agitation, opposition physique, verbale...
 - Acte réflexe, non prémédité, par manque d'inhibition chez la personne démente.
 - Dans une situation de dépendance fonctionnelle, troubles démentiels et déficits perceptifs.
 - Tendance à récidiver, finalement prévisible, dans des situations stéréotypées.
 - Liée à une incompréhension, fausse interprétation du soin, de la réalité
- SOIN CRITIQUE :
 - Variables selon les personnes
 - Soins d'hygiène, +/- intimes
 - Toilette, change, transferts,
 - Habillage, déshabillage, transferts...

STRATEGIE de DIVERSION

- Utilise le plongeon rétrograde par réminiscence autobiographique.
- Support de diversion puisé dans un répertoire connu de souvenirs autobiographiques encore accessibles, pas encore oubliés.
- Reste à situer cette fenêtre autobiographique encore vivide.
- Le sujet va centrer son attention sur une information autobiographique significative.
- **Communication dans le présent**, avec l' Agent de Diversion (AD) **fait diversion** du soin réalisé par l' Agent de Soins (AS).

PROBLEMATIQUE du SERVICE

- Opposition majeure aux soins, déterminée et systématique d' une résidente.
- Climat de plus en plus éprouvant pour la résidente et pour les soignants.
- Objectif n°1 : améliorer la prise en soin de cette résidente dans cette situation, par la SDRA.
- Objectif n°2 : montrer l' importance d' un recueil scrupuleux de la biographie des résidents déments, en vue d' élaborer le Projet de Vie Individuel.

METHODOLOGIE

- Cadre de santé, psychologue et médecin
- Programmation réunions avec les équipes soignantes
- R1 : présentation de l' étude :
 - Exposé de la problématique (description réaction catastrophique de Mme L. : TPC & opposition aux soins).
 - Objectif n°1 du travail
 - Explication de la stratégie de diversion
 - Recherche adhésion de l' équipe
 - Évaluation du retentissement des troubles sur les soignants (échelle de Zarit).
- Entre R1 & R2 :
 - Recueil biographique
 - Evaluation gérontologique standardisée (cognitif, sensoriel, dépendance et examen médical).

METHODOLOGIE (suite)

- R2 :
 - restitution des entretiens et de l' EGS.
 - Ebauche d' une SD par RA, pour application concrète dans le service
- R3 :
 - Présentation de la démarche de soin protocolisée.
 - Classeur d' outils de diversion possibles.
 - Mode d' emploi.

Mme L.

- Vieille dame fragile de 95 ans.
- Maladie d' Alzheimer au stade de démence sévère (cf. MMS= 7/30), entrée en EHPAD en 2006 pour dépendance pour les AVQ. GIR 2.
- ATCD : HTA – AIT – ostéoporose – carcinome basocellulaire OD – diverticulose sigmoïdienne – dénutrition sévère et ancienne – syndrome dépressif.
- TTT : ATHYMIL 60 – Laxatifs – dérivés nitrés – antalgiques pallier 2.
- Hypoacousie sévère, « voit mal » (pas de diagnostic précis)
- Apathique, perte d' intérêt pour ce qui l' entoure, plus de motivation, reste assise toute la journée dans son FR, manifeste à peine quelque émotion positive lors de la visite de ses proches.
- HDM récente :
 - Septicémie à E.coli, ATB adaptée, persistance du Sd infectieux.
 - Lithiase obstructive urétérale D, pose d' une sonde JJ et sonde

Mme L.

- Cognitif :
 - MMS = 7/30 : encode les 3 mots, compte 100-7, nomme la montre et plie le papier après l' avoir pris de la main droite.
 - DTS totale, troubles attentionnels.
 - Plongeon rétrograde aux alentours de 35-50 ans
 - Compréhension termes simples, épisodes d' incohérence, discussion possible (cf. ses propos sur son passé).
 - Apraxie des gestes de toilette et habillage (excepté coiffage).
 - Prosopagnosie, reconnaît les cartes d' aluette.
 - Sd dyséxecutif et troubles du jugement.
- Dépression (sentiment d' abandon, isolement, tristesse et larmes) & anxiété persistantes mais disparition de l' impression initiale d' apathie.
- Agitation non agressive :
 - Agitation physique : saisit, se déshabille et se rhabille, s' agrippe à la main des soignants.
 - Agitation verbale : crie, se plaint à la moindre sollicitation, pleure, se dit malheureuse sans pouvoir l' expliquer, comme par douleur de vivre.

L'histoire de Mme L.

- « Quand on perd sa mère, on perd tout ». Circonstances DC?
- A grandi dans la ferme de ses parents : « j' ai pas eu une belle jeunesse », « avec ma belle mère » « j' ai décidé de m' en aller ».
- Mariée, 5 enfants : Jeanne DCD à J15, JC DCD à 18 ans (plage), André DCD récemment « il travaille à la mine », Louis « comme son père » et Françoise.
- Arrachait les patates, gardienne du stade de foot (maillots, café), femme de ménage.
- Valse, Riquita, jeux de société, aimait être bien coiffée, cuisine : potage et pâté de lapin.

Thèmes de SD et supports

- Thèmes découlent de sa biographie, ceux qui lui permettent de se raconter, de poursuivre le dialogue instauré : Paramé, foot, cuisine, jeux.
- Supports utilisés pour faire diversion :
 - Images, photos, réelles cartes à jouer, pions
 - CD de musique
 - Discussions orales
- Pas toujours conscience que ses souvenirs sont de l'ordre du passé : elle parle au présent de faits passés.
- Entendre ce qu'elle dit : c'est ce qui a compté et qui compte encore pour elle.

AD : Agent de Diversion

AS : Agent de Soins

➤ **Demande à Mme L si elle est d'accord pour réaliser le soin**

➤ Ote les barrières

➤ S'installe sur la chaise entre le mur et le lit

« Est-ce que vous voulez bien que l'on passe un moment ensemble pendant que ma collègue vous prodigue des soins ? »

« Je vais rester avec vous jusqu'à ce que vous soyez prête, habillée, pomponnée ».

Attendre sa réponse

Si refuse le soin : le reposer différemment « se rafraîchir, changer de vêtements... »

Si refuse toujours : différer le soins

Prépare discrètement le matériel de toilette

Si accepte : continuer à parler

Préciser « ma collègue va commencer le soin, mais nous on continue à discuter ».

Attendre que Mme L réponde ou tende l'oreille.

Si Mme L n'émet pas d'objection :

Maintenir la diversion si soins dans bonnes conditions.

Attendre que Mme L ne soit plus attentive qu'à l'AD. L'AS commence alors le soin

-**Face** : mains, ongles > bras > épaules > torse > genoux > mollets > cuisses > petite toilette vulvaire > visage

-**Dos** : Dos > siège

**Si s'oppose à nouveau aux soins :
arrêter la diversion**

Interroger Mme L. sur son sentiment « que ressentez-vous ? » ; « vous avez mal ? » ; « vous avez peur ? »

« ça vous dérange ? ».

« On est là, je suis avec vous, on fait attention ». **Attendre un signe de détente avec de...**

... reprendre la diversion :

-On en était où ?

-Ah oui, on parlait de...

-Vous disiez que...

Arrêter les soins

= La diversion recommence

« Ma collègue va continuer »

Reprendre le soin doucement.

Terminer le soin, dents...

Arrêt de diversion (FIN)

« Est-ce que tout va bien ? »

« Comment vous sentez-vous ? »

« On a passé un bon moment... »

Coiffure +/- maquillage

RESULTATS

- Comment s' est passé le soin :
 - Pour les soignants : pas de cri, tendue, bien, TB, AS se sent à l' écart de la conversation.
 - Pour Mme L. : dit en avoir marre, marre, moyen, mieux qu' hier, tendue mais n' a pas crié, AB, B, stresse dès toucher des draps.
- Le soin n' a pas du être différé, mais interrompu entre 1 et 3 fois, pas les derniers jours (toilette intime).
- Diversions utilisées : le dialogue, sans support matériel, jugé comme encombrant; tous sujets abordés.
- Nouvelles connaissances apprises : mère DCD en couche de sa sœur, elle-même DCD en couche d' une fille. A plaisir à parler des sujets évoqués.
- Ses commentaires pendant les soins :
 - On me l' a dit de ne pas me laisser faire des misères.
 - Exprime de la réticence, des interrogations : « qu' est-ce qu' elle me fait », que fait-il? évoque le fait qu' on lui a enfoncé quelque chose ce matin.
 - Précise qu' on ne lui fait pas mal mais qu' elle a peur d' avoir mal ? « j' ai eu assez mal comme ça, ça suffit, j' en ai marre ».
 - Crier la soulage, la présence pendant le soin ne la débarrasse pas du problème.
 - Qu' elle n' aime pas la toilette, qu' elle n' est pas sale.

BENEFICES pour la RESIDENTE

- Directs :
 - Réactivation de nouveaux souvenirs de sa mémoire rétrograde.
 - Anxiété moindre bien que quasi-permanente
 - Cris moins fréquents.
 - Remercie les soignants (s' est rendue compte de la stratégie de diversion)
 - Mise en place d' un échange personnalisé entre soignant et résidente, par connaissance de la biographie.
Même sans application d' une stratégie de diversion, cette communication peut prévenir la survenue de réaction catastrophique lors des soins critiques.
- Indirects : un regain d' autonomie.
 - Interrogation des soignants sur la possibilité de réautonomisation de Mme L. pour certains gestes de la vie quotidienne.
 - Proposition de mesures de prise en charge suivantes :
 - Toilette au lavabo
 - Change en position debout au pied du lit, le fait de chanter améliore.
 - Ablation de la sonde urinaire.

Echelle de Zarit - Inventaire du Fardeau

A quelle fréquence vous arrive t'il de ...	E. 1	E. 2
1 - Sentir que M vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0	0
2 - Vous sentir tiraillé entre les soins à M et vos autres responsabilités ?	2 - 3	0 - 2
3 - Vous sentir embarrassé par les comportements de M ?	4	0 - 2
4 - Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de M ?	0	0 - 2
5 - Avoir peur de ce que l'avenir réserve à M ?	0	0 - 1 - 2
6- Sentir que M est dépendant de vous ?	3	0 - 1 - 2 - 3 - 4
7 - Vous sentir tendu en présence de M ?	4	0 - 1 - 4
8 - Sentir de M semble s'attendre à ce que vous preniez soin d'elle ?	1	0 - 1 - 2
9 - Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soins de M ?	0	0 - 1
10 - Souhaiter pouvoir laisser le soin de M à quelqu'un d'autre ?	2	0 - 1 - 2
11 - Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour M ?	4	1 - 2
12 - Sentir que vous devriez en faire plus pour M ?	xx	0 - 2 - 3
13 - Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à M ?	1	0 - 1 - 2
14 - En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à M sont une charge, un fardeau ?	4	0 - 1 - 2

0 = jamais 1 = rarement 2 = quelquefois 3 = assez souvent 4 = presque toujours

BENEFICES pour les SOIGNANTS

- Dilemmes des aide-soignants dans leur prise en charge (qui devient éprouvante), malgré humanité.
 - Soins pour la dignité de la personne,
 - Mais refus de ces soins par la personne,
 - Soins dans des conditions dignes ?
- Appétence particulière à l' apprentissage d' un nouvel abord des soins par la stratégie de diversion.
- Moindre homogénéité des réponses aux échelles de Zarrit à l' E2.
- Meilleure participation avec implication plus importante de chacun dans l' analyse des troubles du comportement (vécu différent d' une même situation par 2 soignants différents).
 - E1 : avis consensuel , chacun se réfugiant derrière l' avis du groupe.
 - E2 : plus de soignants osent soutenir leur opinion, exprimer leurs sentiments, affirmer un ressenti face au groupe des collègues, plus engagé.

BENEFICES pour les SOIGNANTS

- Nette diminution de l' impression de fardeau ressentie par les soignants
- Diminution de la fréquence du sentiment d' embarras, de tension
 - Par la formation reçue à l' occasion de la mise en place de cette SD, meilleure connaissance théorique de la pathologie démentielle
 - Rappels sur les troubles cognitifs et ré explication de l' atteinte mnésique
 - Explication du plongeon rétrograde et de l' importance de la persistance de la mémoire autobiographique rétrograde.
 - Importance de la mémoire émotionnelle et de l' hypersensibilité relationnelle notamment.
 - Meilleure compréhension des comportements et des facteurs déclenchant les troubles du comportement.
 - Par une verbalisation des ressentis et émotions favorisée lors des nombreuses réunions pour ce travail. Emotions devenant moins embarrassantes pour celui qui les ressent quand acceptées et verbalisées.
 - Par une déculpabilisation de l' échec grâce à l' acceptation de la difficulté de prise en charge, la verbalisation du bénéfice incomplet de la stratégie de diversion.
 - « Groupe de parole à visée de soutien psychologique » habituellement boudés, abordés là en prenant toujours comme point de départ le patient et son trouble.

LES LIMITES de la SDRA

- Troubles attentionnels des démences très sévères.
- Une biographie sans événement heureux.
Est-ce possible ?
- Stratégie de diversion est-elle éthique à l'heure de demande de consentement éclairé pour tout soin ?

CONCLUSION

- Utilisation de la STRATEGIE de DIVERSION par REMINISCENCE AUTOBIOGRAPHIQUE fut **BENEFIQUE** dans la prise en soin de REACTION CATASTROPHIQUE de Mme L.
 - Meilleur vécu des soins par Mme L.
 - Diminution du sentiment de fardeau des soignants lors des soins.
- Améliorations liées à la stratégie de diversion elle-même ou liées aux autres adaptations de prise en charge, inhérentes aux réflexions engagées pour la mise en place de la SD.
- Importance capitale du recueil de la biographie et du génogramme, pour une réflexion pluridisciplinaire sur le projet de vie individualisé.